

Cabinet des Drs. Francois et Toursel
Clinique de Flandre,
Unité de Chirurgie Générale, Digestive et Bariatrique
300, Rue Des Forts
59210 Coudekerque
Tél : 03 28 21 12 34

Sleeve Gastrectomie

Qu'est-ce qu'une sleeve gastrectomie ?

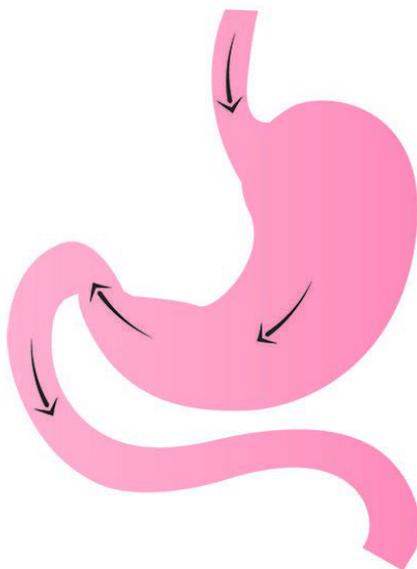
La sleeve gastrectomie est une réduction de la taille de l'estomac de 70 à 80% à l'aide d'un agrafage sur toute sa hauteur. Il s'agit d'une technique restrictive et non réversible. Au terme de cette intervention, le patient ne conserve qu'un « tube » d'environ 1,5 à 2 cm de diamètre et de 100 ml de volume.

La sleeve gastrectomie favorise la perte de poids via trois mécanismes :

- 1) elle limite la prise alimentaire grâce à la réduction du volume de l'estomac. L'estomac étant plus petit, la personne ne peut plus avaler de trop grosses quantités de nourriture
- 2) elle diminue la sensation de faim car la sécrétion d'un hormone fait dans l'estomac (ghréline) est limitée
- 3) elle modifie la flore bactérienne de l'estomac, ce qui entraîne un changement de la perception des goûts et de l'appétence pour certains aliments

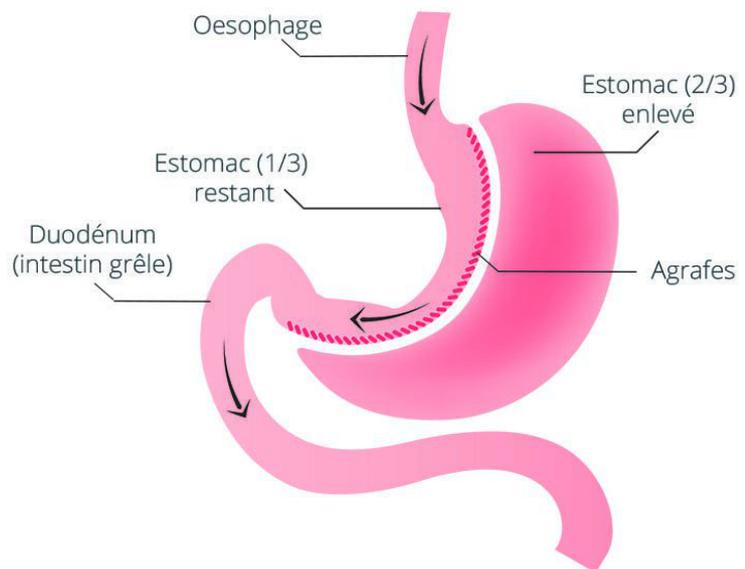
AVANT

Sleeve Gastrectomie



APRES

Sleeve Gastrectomie



Une sleeve gastrectomie pour qui ?

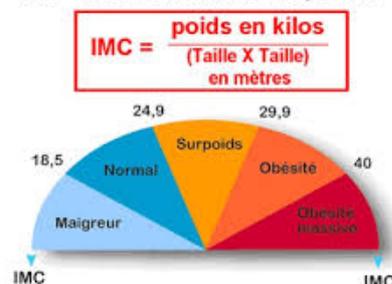
L'indication d'une chirurgie bariatrique est posée par une décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaire, chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- 1) patients avec un IMC * \geq 40 kg/m² ou bien avec un IMC \geq 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardiovasculaires dont HTA), syndrome d'apnée du sommeil (SAS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéato-hépatite non alcoolique
- 2) patient(e) hyperphage (manger des grosses quantités)
- 3) en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychologique bien conduit pendant 6 à 12 mois
- 4) en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids
- 5) patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires
- 6) patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme
- 7) risque opératoire acceptable

* IMC = Index Masse Corporelle



IMC = Indice de Masse Corporelle



En cas d'obésité (IMC \geq 30) il existe 3 catégories :

- IMC 30 - 34,9 : Obésité modéré : Classe I
- IMC 35 - 39,9 : Obésité Sévère : Classe II
- IMC \geq 40 - ... : Obésité Morbide : Classe III

Contre-indications à l'intervention

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont peu nombreuses.

Il s'agit :

- 1) de troubles mentaux ou cognitifs sévères qui limitent les capacités du patient à comprendre le procédé chirurgical et à participer à un suivi médical prolongé ;
- 2) d'une dépendance à l'alcool et aux substances psycho-actives
- 3) des pathologies sévères comme des maladies coronariennes instables ou des pathologies hépatiques avec hypertension portale, qui rendent trop élevé le risque de l'intervention
- 4) des maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme.

Les Incidents et complications

1) Hémorragie

Il s'agit d'un saignement qui peut se manifester sur la rangée des agrafes ou l'estomac a été coupée. Elle se traduit souvent par une tachycardie (pouls rapide) et par une chute de tension, avec pâleur et une chute de votre hémoglobine (anémie) sur votre biologie. Une ré-intervention est dans la plupart des cas nécessaire afin d'arrêter le saignement. Une transfusion sera éventuellement nécessaire pour neutraliser la perte sanguine dans le ventre.

2) La fistule

Il s'agit d'une fuite sur la suture de l'estomac. C'est une complications qui peut se manifester assez tôt (qq jours ainsi que tardivement jusqu'à 30 jours après l'intervention). En fonction de l'état général du patient (fièvre, frissons, douleurs, respiration, fréquence cardiaque, syndrome inflammatoire etca) la fistule peut être traitée par voie endoscopique avec mise en place d'un redon interne (queue de cochon), par ré-intervention avec mise en place d'un drainage (redon ou lamelle), remonté d'une anse intestinale pour couvrir le trou ou exceptionnellement par un traitement conservateur avec antibiotiques. Momentanément une alimentation orale sera évitée et remplacée par une alimentation intraveineuse qui pourrait être faite à domicile.

3) Sténose

C'est un rétrécissement sur le "tube" gastrique le plus souvent à la partie moyenne de l'estomac. Un simple traitement endoscopique peut suffire. Si la sténose est trop serrée, non dilatable, une ré-intervention peut être proposée.

4) Des complications générales et/ou liées à la coelioscopie

Lors de l'intervention, on peut provoquer des blessures à des organes proches du site opératoire comme de gros vaisseaux, l'aorte, l'uretère, d'autres anses intestinales, la rate, le foie ou le pancréas. Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle, mais elles peuvent parfois passer inaperçues lors de l'intervention et provoquer une péritonite ou un abcès post-opératoire. Elles peuvent exceptionnellement entraîner le décès du patient.

5) L'excès de poids augmente également le risque de phlébite (caillot dans les veines) et d'embolie pulmonaire. Les bas de contention sont obligatoire lors de l'intervention et des injections pour fluidifier le sang seront nécessaires après l'opération.

6) Inefficacité

Il peut y avoir un échec du traitement de l'obésité (30%) et ce d'autant que le patient ne respecte pas les consignes diététiques et/ou le patient reprenne ces « mauvaises » habitudes alimentaires comme une alimentation trop riche en sucres, des boissons gazeuses qui peuvent dilater de nouveau l'estomac ou des quantités qui augmentent progressivement. **Le patient est donc bien responsable lui-même pour respecter les consignes diététiques et ceci à vie.**

Les effets secondaires sleeve gastrectomie

1) Il existe très peu d'effets secondaires après une sleeve gastrectomie mais on peut constater un changement de goût qui se manifeste

2) Il existe des carences après sleeve gastrectomie mais en général ils sont plutôt rare et facile à corriger

3) Comme après toute chirurgie de l'obésité, la grossesse est déconseillée pendant la première année post-opératoire. Une contraception efficace est donc recommandée La grossesse peut s'envisager 12 à 18 mois après une sleeve gastrique en sécurité, à condition que le bilan sanguin ne montre pas de carence. Elle nécessite toutefois un suivi plus rapproché.

Les suites après l'opération

L'hospitalisation en cas d'absence de complications est entre 1 à 3 jours. Un régime alimentaire sera prévu par la diététicienne et des feuilles d'explications seront données lors de la dernière consultation préparatrice de la diététicienne. Ce régime est à suivre rigoureusement (voir feuille en dessous). Des vitamines seront également prescrit et doivent être continué au moins 6 mois après l'opération. Ensuite en cas d'absence de carences, les vitamines peuvent être arrêtées. L'arrêt des vitamines sera décidé par votre chirurgien le Dr. Toursel ou le Dr. Francois. Une incapacité de travail avec interdiction des activités sportives ou le port des charges plus que 5kg sera prévue pour 1 mois.

Surveillance au long cours

Une surveillance pendant 2 ans tous les 3 à 4 mois est nécessaire avec une recherche des carences. Après la deuxième années, cette surveillance pourrait s'allonger 1x/6mois ou annuellement. Il est important que votre médecin traitant fait parti de cette surveillance afin de vous aider à adapter votre vie. Un suivi par la diététicienne et la psychologue sera proposé également et ceci en fonction du besoin de chaque patient. Une rééducation physique par un kinésithérapeute fait également parti de nos possibilités.

Votre corps risque bien sûr de changer après une perte de poids importante avec un ventre pendulum, des bras et jambes disgracieuses et une poitrine en ptose.

N'hésitez surtout pas d'en parler avec votre chirurgien pour trouver également une solution chirurgicale par une chirurgie réparatrice.

Conclusion

La sleeve gastrectomie est une très bonne intervention pour le « bon » patient et on pourrait obtenir un excellent résultat. Comme toute intervention bariatrique, il y a malheureusement des échecs. Il est donc primordiale que le patient a fait une bonne préparation en préopératoire pendant 6 mois et qu'il a compris le mode de fonctionnement de cette intervention. Cette une intervention qui peut changer votre vie à condition que vous êtes prêt à vous aider vous-même.

Nous vous remercions d'avoir lu attentivement ce document et nous espérons que ceci répond aux questions que vous pouvez avoir de cette intervention chirurgicale.

Veillez également consulter le document d'information de la FCVD (Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive) et de la SO.FF.CO (Société Française et Francophone de Chirurgie de L'obésité). N'hésitez surtout pas de contacter votre chirurgien si vous avez encore besoin des informations supplémentaires et n'attendez pas le jour de votre intervention de les posées. Ceci augmentera seulement votre stress opératoire et nous souhaitons que votre intervention puisse se passer en toute sérénité.

Dr. Peter FRANCOIS

Dr. Hervé TOURSEL